

Вывод. Наш опыт свидетельствует о возможности применения стерильных раневых покрытий с адсорбирующими и ранозаживляющими свойствами в местном лечении всех видов эрозивно-язвенных поражений кожи в том числе и при буллезных дерматозах.

Литература:

1. Роль современных перевязочных материалов в комплексной терапии пациентов с врожденным буллезным эпидермолизом [Электронный ресурс] / Н.Н. Потекаев [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Т. 17, № 3. – С. 85–91. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/klinderma201817385>. – Дата доступа: 21.11.2018.

2. Мордовцев, В.Н. Эрозивно-язвенные поражения кожи [Электронный ресурс] / В.Н. Мордовцев, В.В. Мордовцева, Л.В. Алчангян / Центр. науч.-исслед. кож.-венерол. ин-т Минздрава РФ. – Режим доступа: <http://www.nedug.ru/lib/lit/derm/01oct/derm24/derm.htm>. – Дата доступа: 26.11.2018.

УДК 616.511-07

ДИАГНОСТИКА ЭРИТРОДЕРМИЙ КОЖИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД И ПЕРСПЕКТИВЫ

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., Ловчиновская Ю.А., Майстрёнок А.М.

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. Эритродермия – генерализованно-диффузное воспаление кожных покровов, сопровождающееся гиперемией и отеком дермы, высыпаниями в виде папул, булл и пустул, эрозий с образованием корок и шелушения, с тенденцией к слиянию и периферическому росту. Диагностика эритродермий основана на клинической картине, данных лабораторных исследований, биопсии.

Ошибки в диагностике ведут к отсрочке начала лечения и способствуют распространению процесса и ухудшению общего состояния больного. Весьма существенное значение для назначения адекватного лечения и прогноза жизни пациента имеет дифференцированная диагностика эритродермий кожи в целом и псориатической эритродермии в частности.

Цель исследования. Проанализировать состояние и адекватность диагностических приёмов у пациентов с вторичной эритродермией кожи, а также возможность их индивидуализации при оказании медицинской помощи.

Материал и методы. Проведено ретроспективное изучение анамнеза, особенностей дебюта, течения, динамики клинических проявлений и лабораторных методов диагностики у 69 больных с эритродермией, госпитализированных в клинику УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» за период 2015-2018 гг. Средний возраст пациентов - 39,3 года, длительность заболевания - 5,1 год.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования проводилось изучение анамнестических, клинических проявлений, оценка клинико-лабораторных показателей. Установлено, что у 60,8% пациентов диагноз эритродермии установлен на 1-м приёме у врача, в 20,3% случаев диагноз поставлен в течение месяца, у 13 пациентов (18,9%) - в течение 2 месяцев после первичного обращения к врачу. При поступлении пациентов в стационар определялась площадь поражения кожи, в соответствии с этим - объём инфузионной терапии. При тяжелых формах эритродермии пациентов госпитализировали в палату интенсивной терапии, оснащенную необходимым оборудованием с обязательной организацией индивидуального медицинского поста. Проводились консультации

трансфузиолога, терапевта. У большинства пациентов (в 45,2%) установлен диагноз псориатической эритродермии. Пациенты с подозрением на синдром Сезари, Т-клеточную лимфому консультированы врачами-онкологами. Структура окончательных клинических диагнозов представлена в таблице 1.

Таблица 1

№	Нозология	Число пациентов	Процент
1	Псориатическая эритродермия	31	45,2%
2	Ихтиозиформная эритродермия	8	11,5%
3	Эксфолиативная эритродермия	10	14,4%
4	Экзематозная эритродермия	6	8,69%
5	Лекарственная эритродермия	7	10,1%
6	ТКЛК (синдром Сезари)	3	4,35%
7	Атопическая эритродермия	4	5,7%
	Итого:	69	100%

Клинические признаки эритродермий типичны для воспалительных поражений кожи и характеризуются, прежде всего, местными изменениями виде эритемы разной степени выраженности, от легкой (1 балл) до выраженной (4 балла). Изменения в клиническом анализе крови у пациентов с эритродермией варьируют от практически нормальной картины до выраженных лабораторных нарушений в виде анемии, лейкоцитоза, тромбоцитоза, повышения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и концентрации С-реактивного белка (СРБ).

На втором этапе обследования 60 пациентам выполнена биопсия кожи, не менее 2-ух участков с использованием трепана «STIEFEL» диаметром 4, 5-6 мм. В биоптатах кожи при псориатической болезни определялся густой, полиморфно-клеточный инфильтрат с локализацией как в дерме, так и с переходом на эпидермис, с очаговым паракератозом, в сосочковом слое дермы очаговый спонгиоз. У пациентов с ТКЛК дополнительно проведено иммуногистохимическое и гистологическое исследование лимфатических узлов, в 80% случаев отмечено зонное изменение в их структуре: инфильтрация капсулы лимфоцитами, в субкапсулярном синусе - лимфоциты и единичные макрофаги, соединительнотканые трабекулы инфильтрированы лимфоцитами, единичными макрофагами и эозинофилами, фибробласты единичные. В целях оценки эффективности проводимой терапии, а так же при отказе пациента от проведения биопсии, пациентам до и после терапии проводилось ультразвуковое исследование кожи на аппарате «Sonoscape SL1000» с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц и глубиной сканирования до 20мм. Измеряли толщину каждого визуализируемого слоя кожи, определяли характеристики их границ, в том числе уровень эхогенности. Все структурные изменения кожи были описаны согласно традиционному протоколу УЗИ. Сканограммы патологически измененных участков кожи сравнивали со сканограммами контралатеральных или расположенных рядом видимо здоровых участков кожи. Размеры (толщину) наблюдаемых структур в коже измеряли в миллиметрах ($1\text{ мм}=1\times10^3\text{ м}$) по следующим ультразвуковым критериям: гиперэхогенная полоса эпидермиса и гипоехогенный конус, утолщение слоя дермы, гипоехогенный участок в проекции сосочкового слоя дермы (в острую фазу) и наличие фиброзных включений в дерме.

Третий этап включал в себя использование методов физиотерапевтического воздействия; психокоррекцию при выявлении тревожно-депрессивных расстройств (шкала Спилберга Ч.Д.), реабилитационные мероприятия. По показаниям

(ихтиозиформная, ТКЛК) рекомендовали продолжить приём как системных лекарственных средств, так и нанесение топических стероидов в течение не менее 14 дней после выписки из стационара.

Вывод. Эритродермия – сложная мультидисциплинарная патология, требующая объединения усилий целого ряда врачей-специалистов – дерматолога, онколога, патоморфолога, терапевта, трансфузиолога и многих других, в зависимости от специфики её клинических проявлений. Эритродермия требует организации палаты интенсивной терапии в дерматологических отделениях областного уровня и проведение детоксикационной и инфузионной терапии с учетом площади поражения.

УДК 616.594.14

АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИИ С РАННИМ НАЧАЛОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Тихоновская И.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Андрогенетическая алопеция (АГА) или алопеция по мужскому типу - прогрессирующая нерубцовая потеря волос, в результате которой терминальные волосяные фолликулы в андрогензависимых зонах постепенно заменяются vellusными. Есть исследования, позволяющие сделать заключение, что андрогенетическая алопеция независимо от возраста и других известных факторов риска кардиоваскулярных заболеваний ассоциирована с повышенным риском развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда [1, 2].

Цель. Исследовать частоту встречаемости и клинические проявления АГА с ранним началом среди мужчин.

Материал и методы. Наблюдались 147 пациентов - мужчин, находящихся на лечении в кожном и микологическом отделениях ВОКЦЦВиК за период ноябрь 2015 года - сентябрь 2018 года.. Исключены пациенты, получающие препараты для контроля веса и пациенты получающие статины. Методы обследования включали в себя сбор анамнеза, измерение антропометрических данных (рост, масса тела, окружность талии), расчет ИМТ по формуле: масса тела (кг)/рост (м). Объем талии измерялся в сантиметрах как наименьший объем между грудной клеткой (нижний край ребер) и гребнем подвздошной кости. АГА классифицировалась по Гамильтону - Норвуду (Hamilton-Norwood) следующим образом: отсутствие АГА (I, II); лобная АГА (Ha, III, IIa, IVa); макушечная АГА легкой степени (IV); средней степени (V, Va); тяжелой (VI, VII). Для сравнительного анализа были выделены 2 группы пациентов: группа 1 - пациенты с лобной АГА (Ha, III, IIa, IVa) и группа 2 - пациенты с макушечной АГА (IV; V, Va; VI, VII).

Результаты. Все обследованные пациенты были трудоспособного возраста (средний возраст - $46,8 \pm 12,7$ лет). Пациентов в возрасте 35 лет и моложе было 21 человек.

Таблица 1. Клинические проявления АГА у пациентов с ранним началом заболевания

Клиническая форма	Число пациентов
Лобная АГА (Ha, III, IIa, IVa)	20 (95,2%)
Макушечной АГА (IV; V, Va; VI, VII).	1 (4,8%)

Абдоминальное ожирение диагностировано у 102 (69,3%), объем талии более 102 см у 65 (44,2%) из 147 пациентов. Среди пациентов в возрасте 35 лет и моложе